

不妊治療医療機関等証明書

年 月 日

京丹後市長

様

医療機関等

住 所  
名 称  
代 表 者  
電 話 番 号

印

下記のとおり不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

|                              |  |                 |           |            |       |
|------------------------------|--|-----------------|-----------|------------|-------|
| 受療者氏名                        |  | 男・女             | 生年月日      | 年 月 日      |       |
| 病名(不妊症の原因疾患名)                |  |                 | 不妊治療開始年月日 | 年 月 日      |       |
| 年度における診療期間 年 月 日 から 年 月 日 まで |  |                 |           |            |       |
| 保険診療に要した総点数                  | 点  | 保険診療分の本人負担(領収)額 |           | 円          |       |
| 人工授精に係る本人負担(領収)金額            |  |                 |           | 円          |       |
| 本人負担額等の内訳                    | 保 険 診 療 分  |                 |           | 人工授精の本人負担額 | 診療実日数 |
|                              | 区分   | 診療点数            | 負担金額      | 円          | 日     |
|                              | 年 月分   | 点               | 円         | 円          | 日     |
|                              | 年 月分   |                 |           |            |       |
|                              | 年 月分   |                 |           |            |       |
|                              | 年 月分   |                 |           |            |       |
|                              | 年 月分   |                 |           |            |       |
|                              | 年 月分   |                 |           |            |       |
|                              | 年 月分   |                 |           |            |       |
|                              | 年 月分   |                 |           |            |       |
|                              | 年 月分   |                 |           |            |       |
|                              | 年 月分   |                 |           |            |       |
|                              | 年 月分   |                 |           |            |       |
| 不妊治療の内容                      | <input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談)<br><input type="checkbox"/> 排卵誘発法(内服・注射)<br><input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術( )<br><input type="checkbox"/> 人工授精<br><input type="checkbox"/> 検査(治療の一環によるものに限る)<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                 |           |            |       |
| 特記事項                         |  |                 |           |            |       |